

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : A286

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAWNA DIB RABHA Venise NAZ ROUI

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : AND AL OUSS - Rue 2 N° 72
Casablanca

Tél. : 0522 28 1044

Total des frais engagés : 2657,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/23

Nom et prénom du malade : MAROUA NABILA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

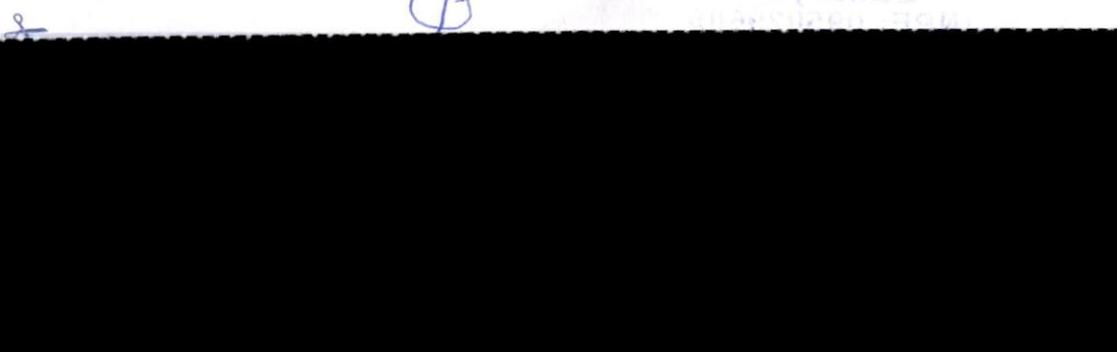
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 04/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/12/12 | S + PA | 309,-- | |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <i>(Signature)</i> | 4112123 | 252-40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|---------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| LZ OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE nd Point Farah Salam, Lot Al Azhar, 1 FB 5, Bat. 1, Mag 4 - Casablanca Fix : 05.22.69.11.78 TAKIA LECH | 31/12/2023 | lunette | | | | 2100,00 |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

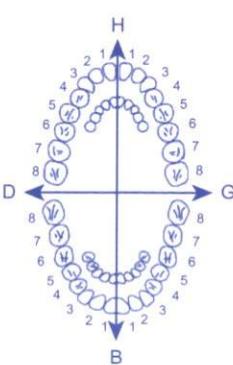
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création remont adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال و الكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

04-12-2023 الدارالبيضاء في :

MAZROUI RABHA

1) Silcafluid. ⑤ ~~100 ml~~

2640

2) Herplex (p.le) ⑤

~~257.42 l app / 1/3 j - el hair en sur~~

3)

24- زنقة الإمام علوسي الطالقى الثالث (أمام مصحة بدر) بوركون ، الدارالبيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77



STERDEX
pommade ophthalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri.
20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable :
Amina DAOUDI

Afripharm - URGAPHARMA ADHESIFEMATEL CASABLANCA
Distributeur : KALYPSO C.C.

14.2218

SICCAFUID 2,5 mg/g
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Afripharm - URGAPHARMA ADHESIFEMATEL CASABLANCA
Distributeur : KALYPSO C.C.

14.2218

SICCAFUID 2,5 mg/g
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Afripharm - URGAPHARMA ADHESIFEMATEL CASABLANCA
Distributeur : KALYPSO C.C.

14.2218

SICCAFUID 2,5 mg/g
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Afripharm - URGAPHARMA ADHESIFEMATEL CASABLANCA
Distributeur : KALYPSO C.C.

14.2218

SICCAFUID 2,5 mg/g
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Afripharm - URGAPHARMA ADHESIFEMATEL CASABLANCA
Distributeur : KALYPSO C.C.

14.2218

SICCAFUID 2,5 mg/g
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Afripharm - URGAPHARMA ADHESIFEMATEL CASABLANCA
Distributeur : KALYPSO C.C.

14.2218



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 12492

Casablanca le : 7/12/2023

Mme/Mr : MAZROURI RABHA

Dr : MOHAMMED HAMOANI

VL

OD : (95° -1,25)

OG : (70° -1,75)

Monture

2 optique

700,00 DH

VP-Add

OD : (95° -1,25) +2,50

OG : (70° -1,75) +2,50

Verres

VL + VP organique AR

1400,00 DH

Total à payer: 2100,00 DH espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Mille

cent dh

LZ OPTICAL

OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca
Fix : 05.22.69.11.79

Cachet et signature

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

Tél.: 0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com

RC n° : 516327 - Patente : 36002555 - IF : 47258415 - ICE : 002902171000020 - INPE : 095029609

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في : 20-12-2023

MAZROUI RABHA

Lunettes VL

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Safani, Lot Al Azhar,
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca
Fix : 05.22.69.11.79

$$OD = (95^\circ, -1121^-)$$

$$O\bar{L} = (70^\circ, -1171^-)$$

Lunettes VL RET
(cette lunette)

$$OD = (95^\circ, -1121^-) + 2150$$

$$O\bar{L} = (70^\circ, -1171^-) + 2150$$

رقة الإمام عليوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورخون . الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca

Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77



INPE.091071886